



Validação do Inventário de Ideação Delirante (PDI-21) para a população portuguesa

Sara Margarida Silva Pimentel

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar, Instituto Superior
Miguel Torga

Coimbra, outubro de 2016

À minha Mãe

Agradecimentos

À Professora Marina Cunha, pela curiosidade científica, pela paciência e sapiência na orientação deste trabalho.

À minha Mãe e ao meu Irmão. Em especial à minha Mãe, obrigada por seres quem és, por queres sempre mais e o melhor para mim, pelo apoio incondicional e inesgotável paciência e compreensão. Sem ti, a concretização deste trabalho não era possível.

Ao meu Namorado, pela paciência, carinho e por compreender o meu mau humor. Por estar sempre por perto.

Ao Sky, o meu gato. Pelo olhar cúmplice, por estar de pedra e cal sempre comigo. Pela companhia nestes últimos quinze anos.

Aos meus amigos pelo apoio e pelas (muitas) vezes que me aturaram.

A todos aqueles que fizeram parte deste estudo, sem os quais não seria possível fazer este projeto.

A todos, obrigada.

Resumo

Introdução: As abordagens dimensionais equacionam os delírios como situando-se num *continuum* com as crenças diárias, não estando circunscritos apenas à população clínica e podendo também ser encontrados na população geral. Devido à conceptualização multifacetada dos delírios, a análise das dimensões de desconforto, preocupação e convicção podem ser mais reveladoras do que o conteúdo da crença por si só, pelo que uma avaliação que incorpore estas dimensões é fundamental. Uma revisão de estudos mostrou uma lacuna de instrumentos para avaliar a ideação delirante na população geral, não existindo, no nosso conhecimento, nenhuma versão para a população portuguesa.

Objetivos: Tradução, adaptação e estudo das propriedades psicométricas do Inventário de Ideação Delirante (PDI-21) para a população Portuguesa, com o intuito de avaliar a multidimensionalidade da ideação delirante na comunidade.

Metodologia: A amostra é constituída por 249 adultos da população geral, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos. Além do PDI-21, foi utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a subescala de Desejabilidade Social (DS) do Inventário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R) e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

Resultados: A versão portuguesa do PDI-21 apresentou propriedades psicométricas adequadas no que respeita à sua consistência interna e estabilidade temporal. Demonstrou correlações positivas significativas com os sintomas psicopatológicos e associações negativas com a desejabilidade social e com a qualidade de vida, confirmando a sua validade convergente e divergente. A análise fatorial exploratória sugeriu a escala dicotómica do PDI ser constituída por um único fator. Por último, a análise da frequência de ideias delirantes (respostas positivas) para o total da amostra e em função do género revelou taxas de prevalência muito semelhantes às encontradas em estudos prévios.

Discussão: A versão portuguesa do PDI-21 é caracterizada por propriedades psicométricas adequadas, podendo ser utilizada para avaliar a ideação delirante na população geral. Estudos futuros são necessários no sentido de replicar este estudo em populações mais jovens, bem como, comparar os resultados com uma amostra clínica.

Palavras-chave: avaliação, ideação delirante, adultos, PDI, população não-clínica

Abstract

Introduction: The dimensional approaches equate the delusions as placing themselves in a continuum with the daily beliefs, not being limited to the clinical population and it can also be found in the general population. Due to the delusions multifaceted conceptualization, the analysis of the dimensions of distress, preoccupation and conviction may be more revealing than the content of the belief by itself, whereby an evaluation that incorporates these dimensions is fundamental. A revision of studies has shown a gap of instruments to assess delusional ideation in the general population, not existing to our knowledge any version for the portuguese population.

Objective: Translation, adaptation and study of the psychometric properties of the PDI-21 for the portuguese population, with the aim of assessing the multidimensionality of the delusional ideation in the community.

Methods: The sample consists of 249 adults from the general population, with ages between 18 and 65 years. Beyond the PDI-21, the Brief Symptom Inventory (BSI), the Social Desirability (SD) scale of the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R) and the World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) were also used.

Results: The portuguese version of the PDI-21 has shown good psychometric properties regarding its internal consistency and temporal stability. It demonstrated significant positive correlations with the psychopathological symptoms and negative associations with social desirability and with the quality of life, confirming its divergent and convergent validity. The exploratory factor analysis suggested the dichotomous scale of the PDI be constituted by one only factor. Lastly, the analysis of the frequency of delusional ideas (positive responses) for the total of the sample and on the basis of gender has revealed prevalence rates very similar to the ones found in previous studies.

Discussion: The portuguese version of the PDI-21 is characterized by adequate psychometric properties, it can be used to assess the delusional ideation in the general population. Future studies are necessary in an effort to replicate this study in younger populations, as well as, compare results with a clinical sample.

Keywords: assessment, delusional ideation, adults, PDI, non-clinical population

1. Introdução

Conceito, diagnóstico e prevalência de delírio

Historicamente, os delírios foram considerados como condição *sine qua non* da insanidade e um fenômeno apenas experienciado pelos indivíduos doentes mentais graves e, portanto, não sujeitos a processos psicológicos normais (Gilleen & David, 2005; Jaspers, 1963). Segundo a tradição Jasperiana (Jaspers, 1963), as crenças delirantes de indivíduos diagnosticados com perturbações psicóticas eram consideradas qualitativamente diferentes das crenças normais experienciadas pela população geral. De acordo com este autor, o conteúdo dos delírios é tipicamente implausível e irracional, sendo os delírios mantidos com extrema convicção e não passíveis de mudança, apesar de evidências contrárias. Esta definição de Jaspers acerca das crenças delirantes influenciou, certamente, as descrições modernas dos fenômenos psicóticos, no entanto, uma definição concisa e comumente aceita tem sido difícil de alcançar (Bell, Halligan, & Ellis, 2003, 2006; Freeman, 2006; Hinzen, Rosselló, & McKenna, 2016; Mullen, 2003).

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2014] introduz algumas mudanças importantes, mas subtis, em relação à maneira como os delírios são definidos:

Os delírios são crenças fixas que não são passíveis de mudar à luz da evidência oposta ... os delírios são considerados bizarros quando são claramente implausíveis e incompreensíveis entre pares da mesma cultura e não derivam de experiências comuns de vida ... a distinção entre um delírio e uma ideia hipervalorizada é por vezes difícil de fazer e depende em parte do grau de convicção com que a crença é definida, apesar das claras e razoáveis evidências contraditórias relativas à sua veracidade (APA, 2014, p. 103).

A primeira alteração a salientar entre as duas últimas edições do DSM (DSM-IV; APA, 2000; DSM-5; APA, 2014) é que os delírios deixam de ser definidos como “crenças falsas”, deixando de ser centrais para a definição das crenças delirantes. Também, a mudança da linguagem de “evidência incontroversa e óbvia em contrário” (DSM-IV; APA, 2000) para “claras e razoáveis evidências contraditórias” (DSM-5; APA, 2014) reconhece que, provavelmente, nem todos os delírios necessitam de ser falsos, uma vez que podemos nunca vir a ter provas contra a veracidade da crença. Contudo, isto cria uma inconsistência nas

próprias definições dentro do DSM. No glossário do DSM-5 (APA, 2014, p. 976), a definição permanece igual à que consta do DSM-IV (APA, 2000, p. 299) e esta é mais fraca do ponto de vista conceptual, havendo evidências contrárias em todos os pontos (Bell et al., 2003; Coltheart, Langdon, & McKay, 2011; Spitzer, 1990). Os delírios podem não ser necessariamente crenças falsas (Bell et al., 2003) e, ocasionalmente, podem acabar por se tornar verdadeiros (e.g., os cônjuges de pacientes com delírios de ciúme, podem começar a ser infiéis depois do delírio estar formado; Jaspers, 1963) e refletir a história pessoal do indivíduo, sugerindo um nível de veracidade ao nível do significado pessoal. Por exemplo, Spitzer (1990) refere que não é a falsidade, mas sim a afirmação não justificada para a validade intersubjetiva, que faz de uma crença uma crença delirante (i.e., sempre que alguém afirma alguma coisa sem dar quaisquer razões ou motivos, mesmo quando pedido, pode-se começar a equacionar se existe algum tipo de patologia).

No que diz respeito às crenças serem sustentadas firmemente e resistentes à mudança, existem evidências que suportam que muitos delírios não mostram uma convicção absoluta, com cerca de 20% a 50% dos indivíduos a reconhecerem que podem estar enganados (Garety et al., 2005; So et al., 2012), que variam bastante entre indivíduos da população clínica e ao longo do tempo (Appelbaum, Robbins, & Vesselinov, 2004). Da mesma forma, o critério de que um delírio não é uma crença comumente aceite pelos outros membros da mesma cultura, geralmente não se baseia em evidências empíricas de como amplamente aceite, essa crença, pode ser (Bell et al., 2006; Spitzer, 1990).

Além da definição de diagnóstico dos delírios, que se foca na forma da crença, o DSM-5 (APA, 2014) também categoriza onze subtipos existentes de delírios relativos ao seu conteúdo, sendo eles os delírios bizarros, de ciúme delirante, de controlo, de grandeza, de referência, de tipo misto, difusão ou inserção de pensamento, erotomania, persecutório e somático. Os delírios com conteúdo religioso são, muitas vezes, categorizados como um subtipo distinto, devido à sua interação com fatores culturais e espiritualidade pessoal (Mohr et al., 2010).

Nas últimas décadas, a noção dicotómica de que os sintomas psicóticos ou estão presentes ou ausentes tem sido contestada e evidências a favor de uma visão contínua acumularam-se (Appelbaum, Clark Robbins, & Roth, 1999; Claridge, 1994; Peters, Joseph, Day, & Garety, 2004; Peters, Joseph, & Garety, 1999; Strauss, 1969; Verdoux & Van Os, 2002).

As abordagens dimensionais equacionam a ideação delirante como estando num *continuum* com as crenças diárias e descartam a hipótese de distinções categoriais entre os delírios e estas crenças, desafiando a noção tradicional de que ter diagnosticado uma perturbação com

características psicóticas é qualitativamente diferente da experiência humana geral (Bell et al., 2006; Freeman, 2007; Linscott & van Os, 2013). Consideram, igualmente, que os delírios devem ser pensados como uma característica multidimensional que varia ao longo de várias dimensões, que envolve o desconforto, a preocupação, a convicção e a interferência com o funcionamento do indivíduo e que uma ou várias destas dimensões podem ocorrer ao longo do tempo no mesmo indivíduo (Appelbaum et al., 2004; Jones, Delepaul, & van Os, 2003; Lincoln, 2007; Peters et al., 2004).

De acordo com esta perspetiva, os sintomas psicóticos devem estar presentes, não só na população clínica, mas também numa proporção de indivíduos da população geral, não indicando, necessariamente, que se está perante uma doença mental (Strauss, 1969; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delepaul, & Krabbendam, 2009). Numa recente meta-análise de estudos da população geral, Linscott e van Os (2013) sugerem que os delírios diagnosticados através de entrevistas de diagnóstico estruturadas [e.g., *Composite International Diagnostic Interview*, (CIDI)] têm uma prevalência na população de cerca de 4,9% e uma incidência anual média de 1,5%. Contudo, a frequência de crenças delirantes em populações não-clínicas varia de acordo com os métodos de avaliação utilizados, com a característica da amostra em estudo e com o conteúdo dos delírios estudado, sendo a ideação paranoide a mais comum (Freeman, 2006; Freeman et al., 2005; Lincoln, Ziegler, Lüllmann, Müller, & Rief, 2010). A proporção de ideação delirante na população geral é mais elevada do que as perturbações psicóticas, como demonstrou Freeman (2006), que através de uma revisão de 15 estudos concluiu que cerca de 1% a 3% da população não-clínica experiencia delírios com um nível de severidade comparáveis a casos clínicos de psicose; aproximadamente entre 5% a 6% tem delírios com menor grau de severidade, e entre 10% a 15% da população geral tem ideação delirante bastante regular.

No mesmo sentido, estudos realizados em grande escala em amostras da população geral, com recurso a entrevistas de diagnóstico estruturadas (i.e., CIDI), demonstraram consistentemente que um vasto número de indivíduos relata experiências que fortemente se assemelham aos sintomas dos indivíduos da população clínica (Nuevo et al., 2012; van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000; Verdoux et al., 1998). Mais concretamente, Kendler e colaboradores (1996) realizaram um estudo (*National Comorbidity Study*) nos Estados Unidos da América, numa amostra de 5877 indivíduos, e verificaram que mais de um em quatro indivíduos (28,4%) da população geral respondeu afirmativamente a, pelo menos, uma das questões que exploram os sintomas psicóticos, enquanto que as taxas de prevalência de psicose

eram apenas de 0,7%, após serem avaliados clinicamente. Da mesma forma, na Holanda, o estudo *NEMESIS* mostrou que 17,5% ($n = 1237$) dos sujeitos da população geral reportaram pelo menos um sintoma psicótico e que, apesar de apenas 2,1% destes receberem um diagnóstico clínico de psicose não afetiva, as suas experiências eram semelhantes em termos de psicopatologia e fatores de risco (e.g., escolaridade baixa, menor qualidade de vida, viver em meio urbano), quando comparados com o grupo sem diagnóstico (van Os et al., 2000). Recentemente, Nuevo e colegas (2012) examinaram a prevalência de sintomas psicóticos em 52 países, onde participaram 256 445 indivíduos da população geral e concluíram que cerca de 13% dos indivíduos da amostra total tinham pelo menos um sintoma psicótico (e.g., delírios de controlo) com grande variabilidade entre países, apresentando o Vietname a menor percentagem de indivíduos que reportaram este tipo de experiências (0,66%) e o Nepal a percentagem mais elevada (45,8%). Embora os delírios na população geral causem, tipicamente, menos desconforto e preocupação do que na população clínica, estes podem estar associados a dificuldades sociais e emocionais (Freeman, 2006; Lincoln, 2007; Peters, Day, McKenna, & Orbach, 1999). De facto, o processo de transição para se ficar “excessivamente” delirante é determinado, não apenas pelo conteúdo dos eventos mentais, mas também pela extensão na qual se acredita nos delírios, o grau com que estes interferem na vida do indivíduo, bem como o seu impacto emocional, não sendo apenas a presença ou o conteúdo das crenças delirantes que diferencia a psicose da normalidade. Deste modo, níveis altos de ideação delirante na população geral podem representar pouco mais do que uma idiossincrasia individual ou de grupo: pode ser uma consequência de diferenças individuais e inúmeras influências culturais (Peters et al., 1999).

Desenvolvimento de ideação delirante

Uma ampla variedade de fatores têm sido identificados como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas psicóticos e estes incluem fatores ambientais, tais como o desemprego e a vivência em meio urbano (Heinz, Deserno, & Reininghaus, 2013; Kendler et al., 1996; Lundberg, Cantor-Graae, Kabakyenga, Rukundo, & Östergren, 2004), o meio familiar (O'Donoghue et al., 2015; Schlosser, Pearson, Perez, & Loewy, 2012) o acesso mais difícil aos cuidados de saúde (Dean, Bramon, & Murray, 2003; Sweeney, Air, Zannettino, & Galletly, 2015), as minorias étnicas (Fearon et al., 2006; Ferrari et al., 2015), a emigração e os refugiados (Hollander et al., 2016; Lundberg, Cantor-Graae, Kahima, & Östergren, 2007). Da mesma forma, os eventos de vida *stressantes*, como o abuso sexual (Bechdolf et al., 2010;

Kilcommons, Morrison, Knight, & Lobban, 2008), o trauma (Arseneault et al., 2011; Varese et al., 2012) e a vitimização (Bebbington et al., 2004; Lataster et al., 2006) estão também associados ao aumento da incidência da psicose, sugerindo que podem existir vários percursos etiológicos sobrepostos e distintos que contribuem para o desenvolvimento de uma perturbação com características psicóticas.

Existem diversas abordagens teóricas que visam explicar a formação dos delírios todavia, a abordagem cognitiva tem sido a mais influente, ao propor que os enviesamentos cognitivos e de raciocínio estão subjacentes ao desenvolvimento e manutenção dos delírios (Bell et al., 2006; Connors & Halligan, 2015; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001; Gawęda & Prochwicz, 2015). Os processos psicológicos específicos referem que os delírios surgem como tentativas de dar sentido a experiências anómalas (Brett, Heriot-Maitland, McGuire, & Peters, 2014; Freeman et al., 2004), como mediadores de avaliações maladaptativas (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Garety et al., 2001), que envolvem enviesamentos cognitivos (Bentall et al., 2001; Colbert, Peters, & Garety, 2010; Garety & Freeman, 2013) e que são influenciados por processos emocionais (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002; Garety & Freeman, 2013). Contudo, torna-se importante salientar que o processo de formação dos delírios não é irreduzível mas, em vez disso, pode ser atribuído a uma etiologia multifatorial que envolve uma interação ao longo do desenvolvimento, entre uma gama de vulnerabilidades cognitivas e emocionais, circunstâncias sociais e fatores somáticos, os quais estão distribuídos pela população geral e onde todos podem ter impacto independente numa ou mais dimensões das crenças (Garety et al., 2001; Jones et al., 2003).

Avaliação dos delírios

De acordo com a perspetiva de *continuum* de ideação delirante, nos últimos anos houve um crescente e frutífero debate sobre as vantagens de utilizar uma abordagem de avaliação baseada nos sintomas da psicose (e.g., delírios), o que levou ao surgimento de instrumentos de avaliação, tanto de autorresposta como entrevistas administradas pelo clínico, com enfoque nas dimensões dos sintomas individuais (Lincoln et al., 2010; van Os et al., 1999). Na prática clínica, a entrevista clínica semiestruturada mais utilizada atualmente é a *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999) que tem como objetivo avaliar a natureza multidimensional dos delírios e das alucinações, medindo a severidade destes sintomas numa escala tipo Likert de 5 pontos. É composta por duas

subescalas, uma para as alucinações (11 itens) e uma para os delírios (6 itens). As dimensões estudadas para a subescala de avaliação dos delírios incluem a convicção, duração e intensidade do desconforto e preocupação. Para além da PSYRATS, existem outras medidas aplicadas na população clínica que avaliam especificamente os delírios, estas incluem o *Maudsley Assessment of Delusions Schedule* (MADS; Wessely et al., 1993), o *Delusions-Symptoms-States Inventory – Revised* (DSSI-R; Foulds & Bedford, 1975), a *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS; Eisen et al., 1998), e a *Conviction of Delusional Beliefs Scale* (CDBS; Combs et al., 2006), cada uma centrando-se na avaliação de diferentes aspetos dos delírios. Por exemplo, a CDBS (Combs et al., 2006) é uma escala de autorresposta, composta por 9 itens respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos e avalia especificamente a convicção ao incorporar itens cognitivos, emocionais e comportamentais, destacando-se das demais, ao dar maior ênfase a esta dimensão (i.e., convicção). A nível mundial e, particularmente em Portugal, o constructo mais estudado na população geral como estando num *continuum*, é a ideação paranoide (Bebbington et al., 2013; Bentall et al., 2001; Carvalho et al., 2014, 2015; Carvalho, Motta, Pinto-Gouveia, & Peixoto, 2015; Carvalho, Pinto-Gouveia, Peixoto, & Motta, 2014; Ellett & Chadwick, 2007; Freeman et al., 2011; Freeman et al., 2005; Jones & Fernyhough, 2008; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2013; Pinto-Gouveia, Matos, Castilho, & Xavier, 2014; Sousa et al., 2015). A medida de avaliação frequentemente utilizada é a Escala Geral da Paranoia (GPS; Fenigstein e Vanable, 1992; traduzida e adaptada por Lopes e Pinto-Gouveia, 2005), constituída por 20 itens com um formato de resposta tipo Likert de 5 pontos. Embora não avalie a multidimensionalidade da ideação paranoide, a GPS é a medida mais usada de forma regular e consistente para avaliar este constructo na população geral (Freeman et al., 2005) que, apesar de ser relevante para o pensamento delirante, representa apenas um subgrupo dos temas delirantes encontrados na psicose (Peters et al., 2004).

Com o objetivo de preencher a lacuna existente devida à ausência de instrumentos psicométricos para avaliar a ideação delirante, especificamente nas populações não-clínicas, a partir de uma abordagem multidimensional Peters e colegas (1999, 2004) criaram um instrumento de autorresposta denominado *Peters et al. Delusions Inventory* (versão portuguesa - Inventário de Ideação Delirante).

O Inventário de Ideação Delirante (PDI), desenvolvido por Peters e colaboradores (1999, 2004), foi concebido com o objetivo de avaliar a presença de ideação delirante na população geral. As questões usadas na construção deste inventário de autorresposta derivam dos itens usados no *Present State Examination* (PSE; Wing, Cooper, & Sartorius, 1974), uma entrevista

psiquiátrica estruturada que é detentora de uma grande riqueza e sofisticação para avaliar sintomatologia psicopatológica (Hinzen et al., 2016) permitindo, assim, a seleção de uma grande variedade de crenças delirantes. Os autores, para além de garantirem que uma vasta gama de delírios era abordada, utilizaram uma abordagem *quasi-dimensional*, uma vez que se parte do estado de doença como ponto de referência para a construção dos itens (Claridge, 1994). Todavia, foi incorporada nas questões a expressão introdutória “como se” para se adequar a experiências na população geral e “alguma vez sentiu” ou “alguma vez pensou” para avaliar as crenças num *continuum*, em vez de um período de tempo específico. Assim, por exemplo, a questão do PSE “existem pessoas que não são aquilo que parecem?” fica, no PDI, “alguma vez sentiu como se algumas pessoas não fossem aquilo que parecem?”. Esta formulação de perguntas julgou-se apropriada para explorar crenças correspondentes a experiências que não estão necessariamente dentro da dimensão da psicopatologia. Por forma a avaliar a multidimensionalidade da ideação delirante, e porque estas três dimensões podem ser mais reveladoras do que o conteúdo da crença por si só, os autores incorporaram as dimensões de desconforto (i.e., o desconforto emocional associado às crenças), a preocupação (i.e., a frequência com que pensa sobre isso) e a convicção (i.e., quanto é que estão convencidos de que a crença é verdadeira), uma vez que uma resposta dicotómica de “sim” ou “não” ou “verdadeiro” ou “falso”, não reflete com exatidão a complexidade da expressão de uma crença (Peters et al., 2004).

De facto, no estudo de validação do PDI (Peters et al., 1999), onde participaram 320 indivíduos da população geral e 20 indivíduos com delírios em regime de internamento hospitalar e com diagnósticos clínicos vários (i.e., esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, mania, perturbação bipolar, perturbação psicótica e parafrenia) os autores descobriram que os índices de respostas positivas em todos os itens foram idênticos para ambos os grupos, mas que o grupo clínico tinha pontuações mais elevadas no desconforto, na preocupação e na convicção quando comparados com a população geral. Não obstante, quase 10% do grupo não-clínico pontuou acima da média da pontuação do PDI do grupo clínico, uma descoberta que foi replicada em novas amostras, atingindo os 11% de indivíduos saudáveis que pontuaram mais que o grupo com delírios (Peters et al., 2004), tal pode significar que uma minoria significativa da população geral tem níveis de ideação delirante comparáveis com os níveis da população clínica.

A versão original de 40 itens (Peters et al., 1999) foi reduzida, posteriormente, a 21 itens (PDI-21; Peters et al., 2004), tendo esta última versão evidenciado igualmente boas

propriedades psicométricas em populações clínicas e em amostras da comunidade. A consistência interna (alfa de Cronbach = 0,82) e a fiabilidade teste-reteste ($r = 0,78, p < 0,001$) mostraram-se adequadas, assim como a validade convergente e discriminante.

Os autores realizaram uma análise de componentes principais com rotação *varimax*, da qual obtiveram onze categorias de delírios: delírios persecutórios; de desconfiança; ideação paranoide; delírios com conteúdo religioso; delírios de grandiosidade; crenças paranormais; perturbações de pensamento; *self* negativo; despersonalização; ideação catastrófica e transmissão de pensamentos e ideação de referência. Posteriormente, forçaram a um componente e as cargas fatoriais variaram entre 0,31 e 0,63.

Vários estudos analisaram a dimensionalidade do PDI-21 (Fonseca-Pedrero, Paino, Santarén-Rosell, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2012; Jones & Fernyhough, 2007a; López-Ilundain, Pérez-Nievas, Otero, & Mata, 2006; Verdoux et al., 1998). Estes, através da análise fatorial exploratória, reportaram a existência de uma estrutura interna que variou entre 2 fatores (Fonseca-Pedrero et al., 2012) e 7 fatores (López-Ilundain et al., 2006; Verdoux et al., 1998). Não obstante, segundo Peters e colegas (1999, 2004) este inventário foi feito de modo a não medir um número limitado de subescalas bem-definidas e com boa consistência interna, mas sim avaliar o maior número de variedade de delírios quanto possível, defendendo uma abordagem unidimensional.

O PDI-21 foi traduzido em diversas línguas, especificamente, coreano (Kim et al., 2013), chinês (Mok, Chen, & Chan, 2004), italiano (Preti et al., 2007), espanhol (López-Ilundain et al., 2006), francês (Verdoux, Maurice-Tison, et al., 1998), alemão (Lincoln, 2007), japonês (Yamasaki et al., 2004) e Runyankore (dialeto do distrito de Mbarara, sudoeste do Uganda) (Lundberg et al., 2004). Foram, igualmente estudadas as propriedades psicométricas deste instrumento em populações de adolescentes, estudantes universitários e jovens adultos (Cella, Sisti, Rocchi, & Preti, 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2012; Kim et al., 2013; Mok et al., 2004). Todas as versões para os diversos países são caracterizadas por possuírem boas propriedades psicométricas, tendo consistências internas consistentemente acima de 0,75, o que é indicativo de que o PDI-21 pode ser usado como um instrumento de avaliação da ideação delirante independentemente do contexto cultural, permitindo uma comparação intercultural dos resultados.

Para além da sua tradução e adaptação nos diversos países, o PDI-21 tem sido amplamente utilizado em diversos estudos de grande escala envolvendo tanto populações genéricas (Humpston et al., 2016; Jones & Fernyhough, 2007b; Jung et al., 2008; Larøi, Van Der Linden,

DeFruyt, Van Os, & Aleman, 2006; Lundberg et al., 2004; Oliver, McLachlan, Jose, & Peters, 2012; Rocchi et al., 2008; Scott et al., 2008; Varghese et al., 2011; Verdoux et al., 1998, 1999), como populações específicas, concretamente em consumidores de substâncias (e.g., cannabis) (Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino, & Muñiz, 2016; McGrath et al., 2010), membros de uma religião específica (Lim, Gleeson, & Jackson, 2012; Lim, Gleeson, Jackson, & Fernandez, 2014; Peters et al., 1999; Smith, Riley, & Peters, 2009), em emigrantes (Lundberg et al., 2007), em agressores violentos com perturbação da personalidade (Howard, Hepburn, & Khalifa, 2015), em indivíduos com profissões artísticas/criativas (e.g., pintores e escritores) (Preti & Vellante, 2007) e para exploração de fatores genéticos (e.g., familiares de indivíduos com esquizofrenia e perturbação bipolar) (Linney et al., 2003; Schürhoff et al., 2003; Varghese et al., 2012).

A partir da literatura revista anteriormente, é evidente que o estudo da ideação delirante na população geral e a partir de uma abordagem multidimensional é potencialmente importante para melhor compreender o fenómeno clínico da ideação delirante, da mesma maneira que estudar estados depressivos ou ansiosos pode ajudar a compreender as perturbações emocionais. É também notório que as crenças delirantes têm sido consideradas fora do entendimento em termos do funcionamento normal e o facto de estudos demonstrarem que estas não são específicas das perturbações clínicas, sugere que estas experiências não estão fora de alcance para se entenderem em termos de interações com os processos normais. Por conseguinte, quer os delírios atinjam ou não níveis de uma perturbação clínica, isto pode depender de determinantes multidimensionais, como os graus de desconforto, preocupação e convicção na crença, ao invés do conteúdo delirante *per se*.

Objetivo

O objetivo deste estudo é traduzir e adaptar para a população portuguesa o PDI-21, uma vez que uma revisão de estudos nesta área mostra uma lacuna de instrumentos de avaliação da ideação delirante, não existindo na população portuguesa, do nosso conhecimento, nenhuma versão disponível. Assim, esta investigação surge pela ausência de instrumentos de autorresposta que avaliem a ideação delirante e a multidimensionalidade desta na população da comunidade, pelo que a validação deste instrumento para a população portuguesa se torna uma mais-valia.

2. Metodologia

2.1. Instrumentos

Para a realização da presente investigação estruturou-se um protocolo de avaliação que inclui um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e quatro questionários de autorresposta, aplicados pela ordem na qual são descritos: o Inventário de Ideação Delirante (PDI-21; Peters et al., 2004; Versão Portuguesa: Pimentel & Cunha, 2016), a escala de Desejabilidade Social (L) do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985; Versão Portuguesa: Almiro, 2013), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999) e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa: Vaz Serra et al., 2006).

2.2. Caracterização dos instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário tem como objetivo a caracterização sociodemográfica da amostra, através da recolha da seguinte informação: idade, género, estado civil, escolaridade, local de residência – se urbano ou rural –, religião e se é praticante ou não.

2.2.2. Inventário de Ideação Delirante (PDI-21)

O Inventário de Ideação Delirante (PDI-21; Peters et al., 2004) é um questionário de autorresposta que avalia a multidimensionalidade da ideação delirante na população geral. As questões derivam dos itens usados no *Present State Examination* (Wing et al., 1974), tendo sido modificadas com a incorporação da expressão “Alguma vez sentiu como se...”, no início de cada frase, de modo a avaliar experiências ao longo da vida. O inventário é composto por uma escala dicotómica de 21 itens (e.g., alguma vez sentiu como se fosse uma pessoa peculiar/diferente?) e para cada item o indivíduo tem de responder “sim” ou “não”. Se responder “não” a resposta é cotada com 0, se responder “sim” a resposta é cotada com 1 ponto. Para cada item respondido como “sim”, é pedido ao participante que avalie o nível de desconforto (de 1=Não causa desconforto nenhum a 5=causa muito desconforto), preocupação (de 1=Quase nunca penso nisso a 5=Penso nisso o tempo todo) e convicção na crença (de 1=Não acredito que seja verdade a 5=Acredito que seja absolutamente verdade),

separadamente, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos. Podem-se obter quatro resultados separados: uma pontuação para a escala Sim/Não com o total de 21 pontos, uma pontuação para o desconforto, uma pontuação para a preocupação e uma pontuação para a convicção, que varia entre 0 e 105 para cada uma das subescalas. É possível, ainda, obter um total entre a soma da escala Sim/Não e as três subescalas, com pontuações que variam de 0 a 336. De acordo com Peters e colaboradores (2004), o valor da consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,82. Na população portuguesa, a análise psicométrica será apresentada mais à frente já que esta constitui um dos objetivos centrais do presente trabalho.

2.2.3. Escala de Desejabilidade social (L) do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R)

Para avaliar a desejabilidade social, foi selecionada a escala L do Questionário de Personalidade de Eysenck (Almiro, 2013; Almiro & Simões, 2014). Esta é composta por 18 itens (e.g., deixa às vezes para amanhã o que deveria fazer hoje?) e pretende investigar a propensão do sujeito para rejeitar as atitudes e os comportamentos que são socialmente indesejáveis, atribuindo a si próprio atitudes e comportamentos socialmente desejáveis. É respondida num formato dicotómico “sim” e “não”, relativamente ao modo habitual do indivíduo “ser, pensar e sentir”. Esta escala contém itens cotados em sentido direto e inverso, sendo os itens respondidos como “não” invertidos. No estudo efetuado em Portugal o valor da consistência interna (alfa de Cronbach), para esta escala, foi de 0,78. Neste estudo o valor da consistência interna encontrado (alfa de Cronbach) foi de 0,80.

2.2.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para avaliar a psicopatologia dos sujeitos utilizámos o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Canavarro, 1999). O BSI é um questionário de autorresposta, composto por 53 itens, em que o sujeito classifica o grau em que determinado sintoma o afetou durante a última semana (e.g., sensação de vazio na cabeça), numa escala do tipo *Likert*, que varia de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muitíssimas vezes”). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em 9 dimensões primárias (*somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide; psicoticismo*) e 3 índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (*Índice Geral de Sintomas – IGS; Total de Sintomas Positivos – TSP e Índice de Sintomas Positivos – ISP*). O BSI apresenta níveis de consistência interna que variam desde

0,70 a 0,80, com exceção das dimensões Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, com valores de consistência interna de 0,60. No presente estudo os valores de consistência interna (alfa de Cronbach), para todas as dimensões, variam entre 0,70 e 0,80.

2.2.5. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Versão Reduzida (Vaz Serra et al., 2006) é uma medida multidimensional e multicultural que permite avaliar subjetivamente a qualidade de vida. O questionário é composto por 26 itens (e.g., até que ponto se consegue concentrar), repartidos em 2 itens mais gerais, que avaliam a percepção geral de qualidade de vida e de saúde e em 24 itens que se distribuem por 4 domínios: físico (e.g., energia e fadiga), psicológico (e.g., sentimentos positivos/negativos), relações sociais (e.g., apoio social) e ambiente (e.g., cuidados de saúde e sociais). Para cada questão o sujeito deve assinalar o seu grau de concordância usando para o efeito uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (“nada”) e 5 (“completamente”). O valor da consistência interna (alfa de Cronbach), no estudo original e para as 26 perguntas do WHOQOL-Bref foi de 0,92. Neste estudo o valor da consistência interna (alfa de Cronbach) para o total das perguntas foi de 0,91.

2.3. Amostra

A amostra inicial é constituída por 269 sujeitos adultos da população da comunidade, onde 101 (37,5%) são do género masculino e 168 (62,5%) do género feminino. 7,4% dos indivíduos ($n = 20$) não preencheram o protocolo de instrumentos na sua totalidade, pelo que, foram excluídos da amostra. Assim, a amostra final ficou composta por 249 indivíduos, 100 (40,2%) indivíduos do género masculino e 149 (59,8%) do género feminino, com uma faixa etária compreendida entre os 18 e os 65 anos, com média de 33,63 ($DP = 11,01$). Os sujeitos são maioritariamente solteiros ($n = 123$; 49,4%), seguido dos casados ou que vivem em união de facto $n = 108$ (43,4%), 16 (6,4%) separados ou divorciados e 2 (0,8%) viúvos. No que respeita ao nível de escolaridade, 61,8% ($n = 154$) possuem o ensino superior, 28,1% ($n = 70$) têm o ensino secundário, seguindo-se o ensino básico e o ensino primário com 23 (9,2%) e 2 (0,8%), respetivamente. Em termos de local de residência, verifica-se que 166 (66,7%) vivem em meio urbano e 83 (33,3%) em meio rural.

3. Procedimentos

3.1. Procedimento metodológico

O presente estudo iniciou-se com o pedido de autorização aos autores para a utilização do inventário PDI-21. Após a autorização foi utilizado o método *translate - translate back* (Hill & Hill, 2008) de forma a obter uma versão da escala na língua portuguesa. Este procedimento contou com a colaboração de especialistas com domínio linguístico geral e cultural do idioma original da escala, a fim de escolher uma versão em língua portuguesa que refletisse o conteúdo dos itens em inglês. Seguiu-se o procedimento de retroversão da versão portuguesa final e comparação das duas versões, confirmando-se a equivalência entre as versões original e traduzida (International Test Commission, 2010). Por último, o inventário foi administrado a sete sujeitos com faixas etárias e níveis de escolaridade distintos, por forma a confirmar a compreensibilidade da escala, analisando, assim, a sua validade facial.

Para a utilização dos outros instrumentos de autorresposta constituintes do protocolo a aplicar, foi pedida a autorização aos autores portugueses para a utilização dos mesmos, a qual foi concedida.

Todos os participantes preencheram uma declaração de consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia. O protocolo de avaliação foi preenchido individualmente, com duração aproximada de vinte minutos. Os participantes foram informados acerca da natureza do estudo, tendo sido garantido o carácter voluntário e anónimo da participação e ressalvada a possibilidade de desistir a qualquer momento sem prejuízo para o próprio. Foi também recolhida uma amostra *online* através da plataforma *Google Docs*, onde era pedido aos participantes para se identificarem com o *e-mail*, para garantir a não repetição de preenchimento do questionário pela mesma pessoa, tendo sido de igual modo salvaguardado o carácter voluntário da participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi, ainda, facultado um *e-mail* de contacto a todos os participantes para esclarecimento de eventuais dúvidas que pudessem surgir.

Com o objetivo de analisar a estabilidade temporal da amostra, decorridas três semanas da administração do primeiro questionário, 61 indivíduos voltaram a preencher o mesmo instrumento.

3.2. Procedimento estatístico

Para a análise e tratamentos dos dados recorreu-se ao programa estatístico de análise de dados IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*. No que concerne aos testes estatísticos utilizados, recorreu-se a testes paramétricos, uma vez que o tamanho da amostra permite que sejam executados ($N = 249$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Começou-se por realizar uma análise descritiva como a média, desvio padrão, valores máximos e mínimos das variáveis, valores de assimetria e curtose e tabelas de frequências. Na comparação de médias obtidas nos instrumentos de avaliação em função das informações sociodemográficas recolhidas, foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Posteriormente avaliou-se a fidelidade do PDI-21, através do cálculo da consistência interna e relativamente às informações de estatística item-total e alfa de Cronbach quando o item é excluído. Para analisar as associações entre o instrumento em estudo e os outros instrumentos utilizados para efeitos da validade convergente e divergente, utilizou-se o coeficiente de correlação *r* de Pearson, utilizado também para analisar a estabilidade temporal do PDI-21.

Com o intuito de estudar a análise dimensional recorreu-se a uma análise fatorial exploratória (AFE) através da análise de componentes principais com rotação *varimax*, onde se verificou se a dimensão da amostra é adequada, a força da relação entre as variáveis a partir da matriz de correlação e a medida de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

4. Resultados

4.1. Consistência Interna

Para se averiguar a consistência interna do instrumento psicométrico em estudo, calculou-se o alfa de Cronbach para a totalidade dos itens do PDI ($N = 21$). Este inventário revelou uma consistência interna razoável (Pestana & Gageiro, 2008) com valor de $\alpha = 0,78$. Na tabela 1 apresentam-se as médias, os desvios padrões, as correlações item-total correspondentes a cada item do inventário do PDI-21 e o alfa de Cronbach se o item for excluído.

Tabela 1

Médias, desvios padrões, correlações item-total para cada item e alfa de Cronbach se o item for excluído

<i>N</i> = 249				
PDI-21 (21 itens)	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Item-total R</i>	<i>Alfa de Cronbach se item excluído</i>
1. Alguma vez sentiu como se as pessoas fizessem insinuações sobre si ou dissessem coisas com duplo significado?	0,82	0,38	0,31	0,77
2. Alguma vez sentiu como se coisas nas revistas e na TV fossem escritas especialmente para si?	0,20	0,40	0,34	0,77
3. Alguma vez sentiu como se algumas pessoas não fossem aquilo que parecem?	0,94	0,23	0,16	0,78
4. Alguma vez sentiu como se estivesse a ser perseguido(a) de alguma maneira?	0,33	0,47	0,37	0,77
5. Alguma vez sentiu como se houvesse uma conspiração contra si?	0,28	0,45	0,40	0,77
6. Alguma vez sentiu como se fosse ou estivesse destinado(a) a ser alguém importante?	0,33	0,47	0,32	0,77
7. Alguma vez sentiu como se fosse uma pessoa especial ou peculiar/diferente?	0,49	0,50	0,37	0,77
8. Alguma vez sentiu como se estivesse especialmente próximo(a) de Deus?	0,25	0,43	0,23	0,78
9. Alguma vez pensou que as pessoas pudessem comunicar por telepatia?	0,42	0,50	0,35	0,77
10. Alguma vez sentiu como se aparelhos elétricos, como computadores, influenciassem a maneira como pensa?	0,27	0,45	0,31	0,77
11. Alguma vez sentiu como se tivesse sido escolhido(a) por Deus de alguma maneira?	0,20	0,40	0,28	0,77
12. Acredita no poder de bruxedos, voodoo ou do oculto?	0,30	0,46	0,27	0,78
13. Preocupa-se, frequentemente, que o seu(a) parceiro(a) possa ser infiel?	0,30	0,46	0,26	0,78
14. Alguma vez sentiu como se pecasse mais que a maioria das pessoas?	0,12	0,33	0,37	0,77
15. Alguma vez sentiu como se as pessoas olhassem para si de maneira estranha por causa da sua aparência?	0,36	0,48	0,35	0,77
16. Alguma vez sentiu como se não tivesse quaisquer pensamentos na cabeça?	0,23	0,42	0,23	0,78
17. Alguma vez sentiu como se o mundo estivesse para acabar?	0,22	0,41	0,41	0,77
18. Os seus pensamentos parecem-lhe estranhos de alguma maneira?	0,26	0,44	0,42	0,77
19. Alguma vez os seus pensamentos foram tão intensos que ficou preocupado(a) que as outras pessoas os ouvissem?	0,19	0,39	0,45	0,76
20. Alguma vez sentiu como se os seus próprios pensamentos estivessem a fazer eco?	0,18	0,38	0,38	0,77
21. Alguma vez sentiu como se fosse um robô ou um <i>zombie</i> sem vontade própria?	0,17	0,38	0,48	0,76
Total	6,85	3,84	—	—

Como se pode verificar, na sua globalidade, os itens mostram correlações item-total superiores a 0,30 com exceção do item 3 “Alguma vez sentiu como se algumas pessoas não

fossem aquilo que parecem?” ($r = 0,16$), do item 8 “Alguma vez sentiu como se estivesse especialmente próximo(a) de Deus?” ($r = 0,23$), do item 11 “Alguma vez sentiu como se tivesse sido escolhido(a) por Deus de alguma maneira?” ($r = 0,28$), do item 12 “Acredita no poder de bruxedos, voodoo ou do oculto?” ($r = 0,27$), do item 13 “Preocupa-se, frequentemente, que o seu(a) parceiro(a) possa ser infiel?” ($r = 0,26$) e do item 16 “Alguma vez sentiu como se não tivesse quaisquer pensamentos na cabeça?” ($r = 0,23$). Apesar de estes itens não atingirem o valor item-escala de 0,30 (Pallant, 2001), foram mantidos, uma vez que após análise dos coeficientes de alfa de Cronbach a sua exclusão não tem impacto na consistência interna da escala.

4.2. Estabilidade Temporal (fidelidade teste-reteste)

A fim de analisar a estabilidade temporal do PDI-21, este foi aplicado com um intervalo de três semanas desde a primeira aplicação a 61 indivíduos da amostra inicial ($N = 249$), 22 do género masculino (36,1%) e 39 do género feminino (63,9%) com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos, com média de idade de 35,97 ($DP = 10,08$).

Obteve-se uma correlação positiva, alta e estatisticamente significativa entre os resultados obtidos nos dois momentos para a escala PDI Sim/Não ($r = 0,81$; $p < 0,01$) e para as subescalas “desconforto” ($r = 0,83$; $p < 0,01$), “preocupação” ($r = 0,86$; $p < 0,01$) e “convicção” ($r = 0,82$; $p < 0,01$). Estas correlações elevadas e significativas confirmam a estabilidade temporal do PDI-21 (Pestana & Gageiro, 2008).

4.3. Análise descritiva do PDI e respetivas subescalas

Foi realizada uma análise descritiva para os totais da escala PDI e das subescalas de desconforto, preocupação e convicção, como observado na Tabela 2.

Tabela 2

Médias, desvios padrões para o PDI e subescalas de desconforto, preocupação e convicção

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>
PDI Sim/Não	249	6,85	3,84	0	21
PDI Desconforto	248	19,22	13,23	1	66
PDI Preocupação	248	17,71	12,58	1	68
PDI Convicção	248	20,45	13,40	1	74
PDI Total geral*	248	64,25	41,78	5	223

Nota: *somatório do PDI Sim/Não mais as subescalas de desconforto, de preocupação e de convicção

Como referido anteriormente, pode-se obter quatro resultados distintos a partir da análise do PDI-21. A pontuação total para o PDI Sim/Não na nossa amostra revelou uma média de 6,85 ($DP = 3,84$) e as subescalas desconforto, preocupação e convicção com médias de 19,22 ($DP = 13,23$), 17,71 ($DP = 12,58$) e 20,45 ($DP = 13,40$), respetivamente, com valores máximos que variam entre 66 e 74.

4.4. Relação entre o PDI-21 e as subescalas desconforto, preocupação e convicção

Visto o PDI-21 ser constituído pela escala Sim/Não e as subescalas desconforto, preocupação e convicção nas crenças, estudou-se a associação entre estas quatro variáveis, como representado na tabela 3.

Tabela 3

Correlações de Pearson entre o PDI Sim/Não e as subescalas de desconforto, preocupação e convicção

	PDI Sim/Não
Desconforto	0,93**
Preocupação	0,91**
Convicção	0,91**
Nota: **$p < 0,01$	
PDI = Inventário de Ideação Delirante	

Conforme se pode verificar, a escala Sim/Não está correlacionada positiva e estatisticamente significativa com as três subescalas desconforto, preocupação e convicção, com coeficiente de correlação muito alto, com valores de $r = 0,91$ a $r = 0,93$.

4.5. Validade convergente e divergente

A validade convergente do PDI-21 foi analisada através da sua associação com o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e para o estudo da sua validade divergente foi utilizada a desejabilidade social do Inventário de Personalidade de Eysenck e o Instrumento da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Como se pode verificar pela Tabela 4, o coeficiente de correlação entre o PDI-21 e os sintomas psicopatológicos revela valores de correlação baixos a moderados, positivos e estatisticamente significativos que variam de 0,29 a 0,47, da mesma forma para as subescalas desconforto, preocupação e convicção, e embora com valores ligeiramente mais elevados, estes mantêm-se entre 0,33 e 0,57, revelando correlações positivas baixas a moderadas e estatisticamente significativas, demonstrando que quanto maior a ideação delirante mais sintomas psicopatológicos os indivíduos têm. Na análise da validade discriminante, entre o PDI-21, as três subescalas do PDI e os restantes

instrumentos, obteve-se uma associação negativa e estatisticamente significativa, com valores de r entre -0,15 e -0,34, à exceção da associação com o domínio físico do WHOQOL-Bref, significando que a desejabilidade social e a percepção da qualidade de vida é menor, quando existe mais ideação delirante.

Tabela 4

Correlações de Pearson entre o PDI Sim/Não, as subescalas desconforto, preocupação e convicção e as restantes escalas

	PDI-21			
	Sim/Não	Desconforto	Preocupação	Convicção
BSI – somatização	0,32**	0,39**	0,41**	0,35**
BSI – obsessões/compulsões	0,43**	0,49**	0,49**	0,45**
BSI – sensibilidade interpessoal	0,44**	0,54**	0,56**	0,49**
BSI – depressão	0,41**	0,49**	0,51**	0,45**
BSI – ansiedade	0,39**	0,47**	0,47**	0,43**
BSI – hostilidade	0,39**	0,46**	0,48**	0,45**
BSI – ansiedade fóbica	0,29**	0,36**	0,38**	0,33**
BSI – ideação paranoide	0,45**	0,53**	0,54**	0,53**
BSI – psicoticismo	0,47**	0,54**	0,56**	0,51**
BSI – Índice Geral de Sintomas (IGS)	0,47**	0,57**	0,58**	0,53**
BSI – Total de Sintomas Positivos (TSP)	0,43**	0,49**	0,49**	0,45**
BSI – Índice de Sintomas positivos (ISP)	0,37**	0,47**	0,49**	0,45**
EPQ-R (DS)	-0,19**	-0,19**	-0,18**	-0,20**
WHOQOL-Bref – Domínio Físico	-0,003	-0,04	-0,05	-0,01
WHOQOL-Bref – Domínio Psicológico	-0,15*	-0,18**	-0,20**	-0,16*
WHOQOL-Bref – Domínio Relações sociais	-0,29**	-0,32**	-0,34**	-0,32**
WHOQOL-Bref – Domínio Ambiente	-0,21**	-0,26**	-0,26**	-0,27**
WHOQOL-Bref – Faceta	-0,15*	—	—	—

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$;
PDI-21 = Inventário de Ideação Delirante; EPQ-R (DS) = Inventário de Personalidade de Eysenck (Escala de Desejabilidade social); BSI = Inventário de Sintomas Psicopatológicos; WHOQOL-Bref = Instrumento da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Assim, como seria expectável, o PDI Sim/Não e as subescalas desconforto, preocupação e convicção correlacionam-se negativamente com a qualidade de vida e com a desejabilidade social e de forma positiva com os sintomas psicopatológicos.

4.6. Influência dos dados sociodemográficos nos resultados do PDI-21

O PDI-21, na escala Sim/Não, não se mostrou correlacionado com a idade ($r = -0,06$; $p = 0,34$), com o estado civil ($r = -0,08$; $p = 0,21$), com o local de residência, se urbano ou rural ($r = 0,04$; $p = 0,54$) e com a religião ($r = 0,05$; $p = 0,44$). A escolaridade foi a única variável

sociodemográfica que demonstrou uma associação baixa e estatisticamente significativa ($r = -0,14$; $p = 0,03$). Já em relação às subescalas, a subescala de desconforto mostrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a idade ($r = -0,15$; $p = 0,02$), isto é, quanto maior a idade, menor é o desconforto sentido; a subescala preocupação revelou uma associação negativa baixa, mas ainda significativa com a idade ($r = -0,16$; $p = 0,01$) e com a escolaridade ($r = -0,14$; $p = 0,02$). Por último, a subescala convicção mostrou um padrão idêntico, com correlações negativas baixas com a idade ($r = -0,14$; $p = 0,03$) e com a escolaridade ($r = -0,13$; $p = 0,04$). As restantes variáveis sociodemográficas não se encontraram associadas às subescalas desconforto, preocupação e convicção.

Relativamente ao género, o teste t de Student para amostras independentes demonstrou que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os géneros masculino e feminino, relativamente ao PDI Sim/Não ($t_{(247)} = 1,91$; $p = 0,06$), e às subescalas de desconforto ($t_{(246)} = 0,94$; $p = 0,35$), preocupação ($t_{(246)} = 1,07$; $p = 0,29$) e convicção ($t_{(246)} = 1,45$; $p = 0,15$).

4.7. Análise fatorial exploratória dos itens

Para a avaliação dimensional da escala, recorreu-se à análise fatorial exploratória através da análise de componentes principais, à semelhança do efetuado no estudo da escala original (Peters et al., 2004). Uma vez que é necessário verificar a adequabilidade dos dados da amostra à análise fatorial, procedeu-se ao cálculo do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. O coeficiente KMO obtido (0,74) demonstra, segundo Pestana & Gageiro (2008), que existe uma correlação “média” entre as variáveis apresentando um bom índice de adequação da amostra. O teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(210)} = 922,306$) e um nível de significância $<0,001$ revelam a existência de correlações estatisticamente significativas entre a fatoriabilidade dos dados, verificando-se, assim, que a matriz de intercorrelações é significativamente diferente de uma matriz de identidade (Pestana & Gageiro, 2008). Após validação do procedimento estatístico adotado através da análise dos resultados, procedeu-se à continuação da análise fatorial.

Na análise fatorial exploratória, pelo critério de Kaiser obteve-se 8 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 e que explicavam cumulativamente 62,285% da variância. No entanto, quando analisados individualmente, a globalidade dos itens saturava no fator um e os restantes fatores continham somente um ou dois itens com cargas fatoriais superiores a 0,50. Assim, por estes motivos e pela análise do *scree plot* de Cattell (Figura 1), foi repetida a análise, pedindo a

identificação de um componente, sustentada igualmente por Peters e colaboradores (2004) que defenderam uma estrutura unidimensional.

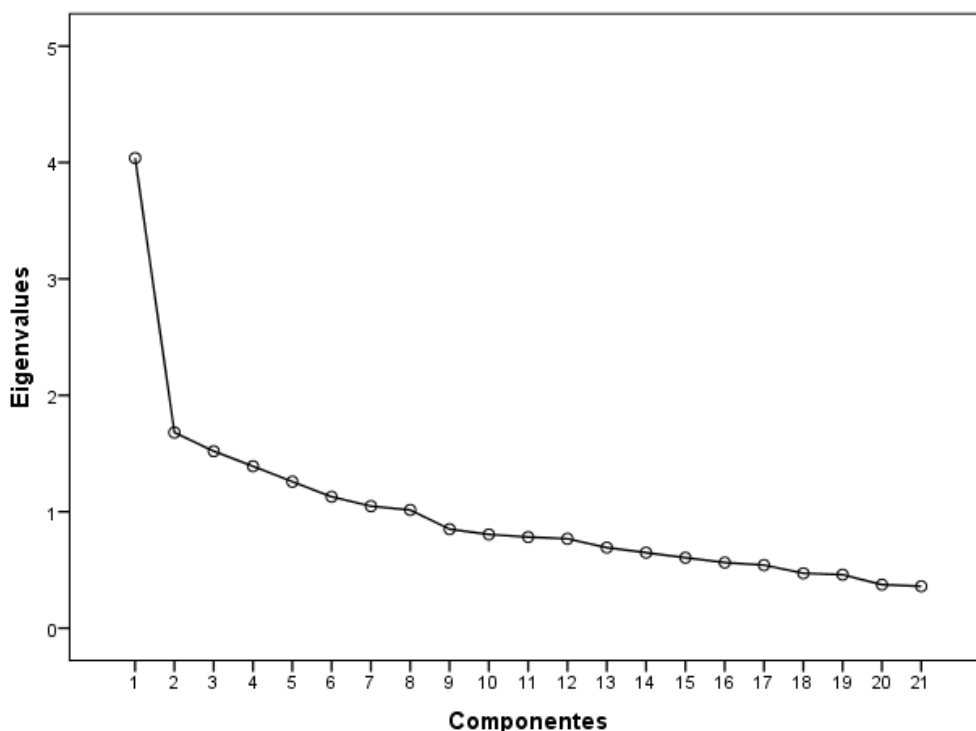


Figura 1. Scree plot de Cattell

As comunalidades, quando forçada a um fator, variaram entre 0,04 (item 3) e 0,35 (item 21) e os pesos fatoriais entre 0,21 (item 3) e 0,59 (item 21).

4.8. Frequência por gênero de respostas positivas

Foi realizada uma análise da frequência de quantos indivíduos, por gênero, responderam de forma positiva (i. e., responderam “sim”) a cada um dos itens constantes do PDI-21 (Tabela 5).

Identifica-se que as respostas positivas mais frequentes, para ambos os sexos, são no item 1 (82,3%), onde $n = 118$ são do gênero feminino; no item 3 (94,4%) existindo uma maior prevalência de mulheres ($n = 140$) que respondeu “sim” e nos itens 7 (48,6%) e 9 (41,8%) em que o gênero feminino obtém, de igual modo, mais respostas positivas, com $n = 65$ e $n = 64$, respetivamente. Salienta-se que, na sua globalidade, o gênero masculino pontua menos em todos os itens, com exceção dos itens 6 (42,0%), 10 (43,0%) e 14 (18,0%).

Tabela 5
Frequência de respostas positivas por género

PDI-21 (21 itens)	N			χ^2
	T (%)	H (%)	M (%)	
1. Insinuações/duplo significado	205 (82,3%)	87 (87,0%)	118 (79,2%)	2,51
2. Revistas e na TV	50 (20,1%)	15 (15,0%)	35 (23,5%)	2,69
3. Pessoas não são aquilo que parecem	235 (94,4%)	95 (95,0%)	140 (94,0%)	0,12
4. Perseguido(a) de alguma maneira	81 (32,5%)	38 (38,0%)	43 (28,9%)	2,79
5. Conspiração contra si	69 (27,7%)	32 (32,0%)	37 (24,8%)	1,54
6. Ser alguém importante	81 (32,5%)	42 (42,0%)	39 (26,2%)	6,83*
7. Especial ou peculiar/diferente	121 (48,6%)	56 (56,0%)	65 (43,6%)	3,67
8. Próximo(a) de Deus	62 (24,9%)	23 (23,0%)	39 (26,2%)	0,32
9. Comunicar por telepatia	104 (41,8%)	40 (40,0%)	64 (43,0%)	0,22
10. Aparelhos elétricos	68 (27,3%)	43 (43,0%)	25 (16,8%)	20,73**
11. Escolhido(a) por Deus	49 (19,7%)	19 (19,0%)	49 (20,1%)	0,05
12. Bruxedos, voodoo ou do oculto	74 (29,7%)	27 (27,0%)	47 (31,5%)	0,59
13. Parceiro(a) possa ser infiel	75 (30,1%)	33 (33,0%)	42 (28,2%)	0,66
14. Pecasse mais que a maioria das pessoas	31 (12,4%)	18 (18,0%)	13 (8,7%)	4,72*
15. Olhassem por causa da sua aparência	90 (36,1%)	42 (42,0%)	48 (32,2%)	2,48
16. Quaisquer pensamentos na cabeça	58 (23,3%)	28 (28,0%)	30 (20,1%)	2,07
17. Mundo estivesse para acabar	54 (21,7%)	20 (20,0%)	34 (22,8%)	0,28
18. Pensamentos parecem-lhe estranhos	64 (25,7%)	30 (30,0%)	34 (22,8%)	1,61
19. Pensamentos intensos	47 (18,9%)	21 (21,0%)	26 (17,4%)	0,49
20. Pensamentos a fazer eco	44 (17,7%)	16 (16,0%)	28 (18,8%)	0,32
21. Robô ou um <i>zombie</i> sem vontade própria	43 (17,3%)	16 (16,0%)	27 (18,1%)	0,19

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$
T = total de respostas “sim”

Na sua maioria, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na distribuição por género. Não obstante, os itens 6 ($\chi^2 = 6,83$; $p < 0,05$), 10 ($\chi^2 = 20,73$; $p < 0,001$) e 14 ($\chi^2 = 4,72$; $p < 0,05$) apresentam diferenças significativas na proporção entre homens e mulheres, apresentando os homens frequências mais elevadas de ideação delirante.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo adaptar e validar para a população portuguesa o Inventário de Ideação Delirante (PDI-21). Com esta finalidade, analisámos a sua consistência interna, obtivemos fontes de evidência de validade em relação a outras variáveis que medem os sintomas psicopatológicos, a desejabilidade social e a qualidade de vida dos participantes, estudámos a influência dos dados sociodemográficos, investigámos a estrutura interna do PDI-21 através da análise de componentes principais com recurso à análise fatorial exploratória e verificámos a taxa de experiências relatadas para cada um dos géneros e no seu conjunto.

A amostra final do estudo é constituída por 249 sujeitos da população geral portuguesa com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Na sua globalidade os sujeitos são solteiros, possuem o ensino superior e residem maioritariamente em meio urbano.

Os resultados do presente estudo indicam que o PDI-21 é um questionário de autorresposta com propriedades psicométricas adequadas no que respeita à sua consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade convergente e divergente. A consistência interna é similar à encontrada noutros estudos (Kim et al., 2013; López-Ilundain et al., 2006; Mok et al., 2004; Preti et al., 2007; Yamasaki et al., 2004), embora no estudo original, Peters e colaboradores (2004) tenham reportado um valor mais elevado. Não obstante, torna-se claro que o PDI-21 é um instrumento de autorrelato fiável para medir a ideação delirante em diversas populações, mantendo esta tendência desde países ocidentais (Cella et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2012) a orientais (Kim et al., 2013; Mok et al., 2004; Yamasaki et al., 2004), confirmando que a versão portuguesa do PDI-21 pode ser usada como instrumento para avaliar a ideação delirante na população geral.

Relativamente às variáveis em estudo, como seria de esperar, foram encontradas associações positivas e significativas entre o PDI-21 e os sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI, fornecendo evidências sobre a sua validade convergente. Estes resultados são semelhantes a outros estudos que sugeriram que estas experiências, apesar de causarem menos desconforto e preocupação quando comparadas com populações clínicas, estão associadas igualmente a dificuldades emocionais e sociais (e.g., depressão e ansiedade) (Freeman, 2006; Garety & Freeman, 2013; van Os et al., 2000; Varghese et al., 2011). As correlações negativas e estatisticamente significativas entre o PDI-21, a escala de Desejabilidade Social do EPQ-R e o WHOQOL-Bref suportam a validade divergente do PDI-21. van Os e colegas (2000) referem que estas experiências parecem ter algum impacto sobre o bem-estar, a qualidade de vida e o

funcionamento individual, opinião partilhada também por Lim e colaboradores (2014), que acrescentam ainda que a perceção de uma melhor qualidade de vida pode amenizar o desconforto associado à ideação delirante.

Não foram encontradas diferenças de género tanto no PDI Sim/Não como nas subescalas desconforto, preocupação e convicção, o que está em consonância com a maioria da literatura (e.g., Humpston et al., 2016; Kim et al., 2013; López-Ilundain et al., 2006; Peters et al., 2004; Verdoux et al., 1998). No que toca à idade, foram detetadas correlações negativas e estatisticamente significativas entre a idade e as subescalas. Estes resultados estão de acordo com resultados de estudos anteriores que administraram o PDI-21 a amostras não clínicas (e.g., Larøi et al., 2006; Linney et al., 2003; López-Ilundain et al., 2006; Peters et al., 2004; Verdoux & Van Os, 2002) e em pacientes de cuidados primários sem perturbação psiquiátrica (Verdoux et al., 1998), demonstrando que a presença de ideação delirante diminui à medida que a idade aumenta. De facto, Verdoux e colegas (1998) sugerem que existe um período no neurodesenvolvimento, durante o final da adolescência e no início da idade adulta, que favorece o aparecimento de delírios em indivíduos saudáveis e que vai diminuindo com o avançar da idade. A escolaridade não tem sido muito explorada nos estudos desta área, contudo na investigação realizada por Lundberg e colaboradores (2004), estes reportaram que uma escolaridade mais alta está associada a pontuações mais elevadas no total do PDI-21, não sendo congruente com os resultados do nosso estudo, em que a nossa associação vai no sentido de que uma menor escolaridade está associada a uma maior ideação delirante. No entanto, as duas populações são bastante distintas socio-demograficamente, uma vez que a amostra é proveniente de um distrito do Uganda caracterizado por um nível socioeconómico baixo e onde ter completado o ensino secundário é considerado um nível educacional superior.

Relativamente à análise fatorial, o nosso estudo demonstrou uma estrutura unifatorial. De acordo com a premissa dos autores, um indivíduo obtém apenas um resultado, isto é, a pontuação reflete a quantidade de delírios que o indivíduo tem, mas tal não está relacionado com o conteúdo dos mesmos. As subescalas de desconforto, preocupação e convicção de que as crenças são verdadeiras, são independentes da pontuação da escala dicotómica do PDI-21 e não afetam a estrutura fatorial da escala. A falta de um número limitado de componentes bem definidos pode ser a razão pela qual as análises fatoriais exploratórias realizadas revelaram, geralmente, a existência de um grande número de componentes que não são consistentes entre os estudos (Fonseca-Pedrero et al., 2012; Jones & Fernyhough, 2007a; López-Ilundain et al., 2006; Peters et al., 2004; Verdoux et al., 1998). De facto, a análise fatorial exploratória do

nosso estudo revelou, inicialmente, uma estrutura interna com oito componentes, a qual difere dos onze componentes obtidos por Peters e colegas (2004). Todavia, os resultados do *scree plot* sugerem que a estrutura subjacente é essencialmente unidimensional, opinião também sustentada por Fonseca-Pedrero e colegas (2012) e por Jones e Fernyhough (2007a) que concluíram que o uso de fatores não é apropriado, sendo melhor usado como um sistema de pontuação unidimensional. Apesar da defesa de uma abordagem unidimensional nenhum estudo, incluindo o original, reporta a variância total explicada quando forçada a um fator, com exceção de Fonseca-Pedrero e colegas (2012).

Mais de 94% dos participantes que fizeram parte do presente estudo responderam afirmativamente a pelo menos uma das crenças integrantes do PDI-21, ou seja, o rácio da prevalência das experiências delirantes reportadas variou entre 12,4% (item 14) e 94,4% (item 3). Estes resultados são similares aos encontrados em estudos prévios, especificamente: Rocchi e colaboradores (2008), numa amostra de 210 participantes, reportaram uma prevalência que variou entre 6,7% (item 2) e 87,1% (item 3); Fonseca-Pedrero e colegas (2012) encontraram taxas de respostas positivas que variaram entre 2,7% e 88,9% em estudantes universitários; Scott e colegas (2008), através do estudo de 2441 participantes australianos, encontraram rácios de prevalência de respostas afirmativas entre 5,5% (item 21) e 77% (item 3). Estes dados suportam a hipótese de que a ideação delirante não está circunscrita apenas à população clínica, e que pode ser, portanto, encontrada na população geral. Todavia, como os itens do PDI-21 foram formulados numa tentativa de não considerar as experiências exploradas pelo questionário como patológicas e de não estigmatizar o fenómeno (Peters et al., 1999, 2004; Verdoux et al., 1998), o excesso de respostas positivas é mais provável que aconteça do que o contrário, como sugerido pelo elevado índice de respostas positivas em alguns itens. Verificámos que a média de respostas positivas foi de 6,85, muito semelhante ao encontrado no estudo original, na Europa, Reino Unido (i.e., 6,7; Peters et al., 2004), nos Estados Unidos da América (i.e., 6,8; Smith et al., 2009) e na Ásia (i.e., 4,9; Kim et al., 2013), pelo contrário em África (Uganda) a média é substancialmente mais elevada (e.g., 9,8) do que nos restantes países (Lundberg et al., 2004, 2007). Para as subescalas de desconforto, preocupação e convicção as médias mantêm a mesma tendência de valores entre os estudos, ainda que ligeiramente mais elevadas quando comparadas com a amostra francesa (Verdoux, Maurice-Tison, et al., 1998). No estudo de Lundberg e colaboradores (2007) a média das três subescalas é duas a três vezes superior aos estudos realizados nos vários países europeus (e.g., Verdoux et al., 1998) e restantes países do mundo (e.g., Smith et al., 2009), mas dentro do mesmo intervalo

das médias encontradas anteriormente numa amostra do mesmo país (Lundberg et al., 2004). Estes resultados podem representar a expressão distinta da ideação delirante causada por diferentes meios culturais (Ferrari et al., 2015; Peters et al., 1999).

Ao longo dos últimos anos, diversos estudos (e.g., Linscott & van Os, 2013; Strauss, 1969; Verdoux & van Os, 2002) evidenciaram que os delírios são um fenómeno multidimensional e existem num *continuum* com as crenças normais distribuídas pela população geral. A maioria dos indivíduos que experiencia ideação delirante não necessita de cuidados, todavia, estudos longitudinais sugerem que esta pode ser um precursor para o início dos sintomas clínicos e, conseqüentemente, para um risco aumentado de desenvolver uma perturbação clínica. Concretamente, estudos realizados com o PDI-21 na população francesa verificaram que este pode prever o risco de um diagnóstico de uma perturbação com características psicóticas e que indivíduos com uma pontuação elevada no PDI-21 tinham mais probabilidade de receber um diagnóstico de depressão major um ano depois (Verdoux et al., 1999). Segundo Mullen (2003) existem diversas vantagens em adotar uma abordagem multidimensional, referindo que a conceptualização da ideação delirante a partir de uma perspetiva contínua estimula o reconhecimento das diferenças dos delírios entre os indivíduos e a mudança ao longo do período de desenvolvimento de uma perturbação mental e que promove e facilita o desenvolvimento de instrumentos de rastreio para deteção precoce de perturbações mentais com sintomas psicóticos.

O objetivo a que nos propusemos permitiu a adaptação e validação de um instrumento psicométrico multidimensional, breve, fácil e de rápida administração para avaliar a ideação delirante na população geral portuguesa e que era inexistente até à data. Os delírios são mais complexos do que as escalas binárias e do que as definições categóricas inseridas nos manuais psicológicos e, até ao indivíduo ter experienciado este fenómeno, existem múltiplas dimensões associadas às experiências, para além de uma resposta simples de sim ou não. O presente estudo suporta a premissa da ideação delirante como estando num *continuum* e que pode ser encontrada em indivíduos da população geral.

Como limitações à presente investigação apontamos a estrutura unifatorial defendida por Peters e colaboradores (1999, 2004). A análise do nosso *scree plot* sugere um fator, contudo esta unidimensionalidade é condicionada pela reduzida variância explicada. O facto de não haver uma amostra clínica para comparação pode ser considerada como outra limitação, embora não tenha qualquer impacto nos resultados do nosso estudo.

As investigações da ideação delirante na população geral podem ajudar a compreender o fenómeno clínico, assim como estudar estados ansiosos ou depressivos podem ajudar a compreender as perturbações emocionais. Deste modo, caminhos para a investigação usando o PDI-21, podem incluir estudos de comparação entre a população geral e amostras da população clínica, auxiliar na investigação longitudinal de indivíduos em situação de risco e clarificar os sintomas iniciais, ou seja, de uma fase não específica até à fase de transição para a perturbação. Pode ainda ser utilizado como instrumento de seleção para investigar correlações experimentais entre diversos constructos e as crenças delirantes. Uma vez que o fim da adolescência e o início da idade adulta representa a idade em que existe um maior risco para o aparecimento de delírios (Cella et al., 2011; Verdoux et al., 1998), uma replicação deste estudo em populações mais jovens e uma investigação detalhada acerca da tipologia dos delírios neste sector da população seria, certamente, um contributo importante. Por fim, compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da ideação delirante na população geral tem implicações importantes para formular estratégias de prevenção e intervenção precoce, uma vez que a ideação delirante pode ser um precursor para o desenvolvimento de uma perturbação com características psicóticas em alguns indivíduos (Verdoux et al., 1999).

A principal implicação prática de uma abordagem multidimensional é que, de modo a entender os delírios, precisamos de entender cada dimensão da experiência delirante. Então, para além de questionar o que causa um delírio, devemos também questionar o que prediz e faz dissipar o grau de convicção, o que mantém a preocupação, que fatores psicológicos e que causas estão relacionados com o desconforto na ideação delirante, como é que as referências pessoais interagem com estas dimensões e como é que a ideação delirante interfere no funcionamento do indivíduo (Garety & Freeman, 2013). No fundo, a validação do PDI-21 é um ponto de partida para se aprofundar o estudo da ideação delirante na população geral portuguesa com recurso a uma abordagem multidimensional, porque e parafraseando Peters e colegas (2004, p. 1013): *it's not what you think, it's how you think about it*.

Bibliografia

- Almiro, P. A. (2013). *Adaptação, validação e aferição do EPQ-R para a população portuguesa: Estudos em contextos clínico, forense e na comunidade*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck - Forma Revista (EPQ-R). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp. 211–229). Coimbra: Edições Almedina.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., & Roth, L. H. (1999). Dimensional approach to delusions: Comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1938–1943. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1938>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Vesselinov, R. (2004). Persistence and stability of delusions over time. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 317–324. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.001>
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H., Polanczyk, G., Moffitt, T., & Caspi, A. (2011). Childhood Trauma and Children's Emerging Psychotic Symptoms: A Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>
- Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., ... Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimization and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220–226. <http://doi.org/10.1192/bjp.185.3.220>
- Bebbington, P. E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovic, M., Brugha, T., ... Freeman, D. (2013). The structure of paranoia in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 202, 419–427. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119032>
- Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, M. B., Amminger, G. P., ... Yung, A. R. (2010). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 377–384. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01542.x>
- Bell, V., Halligan, P., & Ellis, H. (2003). Beliefs About Delusions. *The Psychologist*, 16(8), 418–423.
- Bell, V., Halligan, P., & Ellis, H. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 10(5), 219–226. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.03.004>
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143–1192.
- Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P., & Peters, E. (2014). Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 213–227. <http://doi.org/10.1111/bjc.12036>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87–109). Braga: SHO/APPORT.

- Carvalho, C. B., Motta, C., Pinto-Gouveia, J., & Peixoto, E. B. (2015). Influence of Family and Childhood Memories in the Development and Manifestation of Paranoid Ideation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.1965>
- Carvalho, C. B., Pinto-Gouveia, J., Peixoto, E. B., & Motta, C. (2014). Paranoia as a Continuum in the Population. *Asian Journal of Humanities and Social Studies*, 2(3), 2321–2799.
- Carvalho, C. B., Sousa, M., Motta, C., Pinto-Gouveia, J., Caldeira, S. N., Peixoto, E. B., ... Fenigstein, A. (2014). Paranoia in the general population: A revised version of the General Paranoia Scale for adolescents. *European Scientific Journal*, 10(23), 128–141. <http://doi.org/10.1111/cp.12065>
- Carvalho, C. B., Sousa, M., Motta, C., Pinto-Gouveia, J., Caldeira, S. N., Peixoto, E. B., ... Fenigstein, A. (2015). Paranoia in the general population: A revised version of the General Paranoia Scale for adults. *Clinical Psychologist*. <http://doi.org/10.1111/cp.12065>
- Cella, M., Sisti, D., Rocchi, M. B., & Preti, A. (2011). Delusional profiles among young adults: A latent class analysis of delusion proneness. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 97–101. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.054>
- Claridge, G. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 151–168. <http://doi.org/10.1093/schbul/20.1.151>
- Colbert, S. M., Peters, E., & Garety, P. A. (2010). Jumping to conclusions and perceptions in early psychosis: relationship with delusional beliefs. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(4), 422–440. <http://doi.org/10.1080/13546800903495684>
- Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2011). Delusional belief. *Annual Review of Psychology*, 62, 271–298. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131622>
- Combs, D. R., Adams, S. D., Michael, C. O., Penn, D. L., Basso, M. R., & Gouvier, W. D. (2006). The Conviction of Delusional Beliefs Scale: reliability and validity. *Schizophrenia Research*, 86, 80–88. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.023>
- Connors, M. H., & Halligan, P. W. (2015). A cognitive account of belief: a tentative road map. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–14. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01588>
- Dean, K., Bramon, E., & Murray, R. M. (2003). The causes of schizophrenia: neurodevelopment and other risk factors. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 442–454. <http://doi.org/10.1097/00131746-200311000-00007>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 102–108. <http://doi.org/10.1176/ajp.155.1.102>
- Ellett, L., & Chadwick, P. (2007). Paranoid cognition, failure and focus of attention in college students. *Cognition and Emotion*, 21(3), 37–41. <http://doi.org/10.1080/02699930600758155>
- Eysenck, S. B., Eysenck, H. J., & Barrett, P. T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6(1), 21–29.
- Fearon, P., Kirkbride, J. B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T., ... Murray, R. M. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1541–1550. <http://doi.org/10.1017/S0033291706008774>

- Fenigstein, A., & Vanable, P. A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1), 129–138. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.62.1.129>
- Ferrari, M., Flora, N., Anderson, K. K., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., & McKenzie, K. (2015). The African, Caribbean and European (ACE) Pathways to Care study: a qualitative exploration of similarities and differences between African-origin, Caribbean-origin and European-origin groups in pathways to care for psychosis. *BMJ Open*, 5, e006562. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006562>
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., & Muñiz, J. (2016). Psychotic-like Experiences and Substance Use in College Students. *Adicciones*, 28(3), 144–153. <http://doi.org/10.20882/adicciones.781>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Psychometric properties of the Peters et al Delusions Inventory 21 in college students. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 893–899. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.01.007>
- Foulds, G. A., & Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological Medicine*, 5, 181–192. <http://doi.org/10.1017/S0033291700056452>
- Freeman, D. (2006). Delusions in the nonclinical population. *Current Psychiatry Reports*, 8(3), 191–204. <http://doi.org/10.1007/s11920-006-0023-1>
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425–457. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., ... Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427–435. <http://doi.org/10.1192/bjp.186.5.427>
- Freeman, D., Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2004). Why Do People With Delusions Fail to Choose More Realistic Explanations for Their Experiences? An Empirical Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 671–680. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.671>
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331–347. <http://doi.org/10.1348/014466502760387461>
- Freeman, D., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., & Bebbington, P. (2011). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 41(5), 923–936. <http://doi.org/10.1017/S0033291710001546>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry*, 203(5), 327–333. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953>
- Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., ... Dudley, R. (2005). Reasoning, Emotions, and Delusional Conviction in Psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 373–384. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.373>
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189–195. <http://doi.org/10.1017/S0033291701003312>
- Gawęda, Ł., & Prochwicz, K. (2015). A comparison of cognitive biases between schizophrenia patients with delusions and healthy individuals with delusion-like experiences. *European Psychiatry*, 30(8), 943–949. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.08.003>

- Gilleen, J., & David, A. S. (2005). The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychological Medicine*, 35(1), 5–12. <http://doi.org/10.1017/S0033291704003976>
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879–889. <http://doi.org/10.1017/S0033291799008661>
- Heinz, A., Deserno, L., & Reininghaus, U. (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*, 12(3), 187–197. <http://doi.org/10.1002/wps.20056>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Sílabo.
- Hinzen, W., Rosselló, J., & McKenna, P. (2016). Can delusions be understood linguistically? *Cognitive Neuropsychiatry*. <http://doi.org/10.1080/13546805.2016.1190703>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352, i1030. <http://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- Howard, R. C., Hepburn, E., & Khalifa, N. (2015). Is delusional ideation a critical link in the nexus between personality disorder and violent offending? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(3), 368–382. <http://doi.org/10.1080/14789949.2015.1017594>
- Humpston, C. S., Walsh, E., Oakley, D. A., Mehta, M. A., Bell, V., & Deeley, Q. (2016). The relationship between different types of dissociation and psychosis-like experiences in a non-clinical sample. *Consciousness and Cognition*, 41, 83–92. <http://doi.org/10.1016/j.concog.2016.02.009>
- International Test Commission. (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. Disponível em: <http://www.intestcom.or>
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Eds.) (7ª ed.). Manchester: Manchester University Press.
- Jones, H., Delespaul, P., & van Os, J. (2003). Jaspers was right after all – delusions are distinct from normal beliefs. *British Journal of Psychiatry*, 183, 285–286. <http://doi.org/10.1192/bjp.Sepdeb>
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007a). Reliability of factorial structure of the Peters et al. delusions inventory (PDI-21). *Personality and Individual Differences*, 43(4), 647–656. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.018>
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007b). The roles of locus of control and self-esteem in hallucination- and delusion-proneness in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1087–1097. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2007.03.002>
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2008). Thought suppression and persecutory delusion-like beliefs in a nonclinical sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13(4), 281–295. <http://doi.org/10.1080/13546800802087830>
- Jung, H. Y., Chang, J. S., Yi, J. S., Hwang, S., Shin, H. K., Kim, J. H., ... Kim, Y. S. (2008). Measuring psychosis proneness in a nonclinical Korean population: is the Peters et al Delusions Inventory useful for assessing high-risk individuals? *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 202–210. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.011>
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M., & Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1022–1031.

- Kilcommons, A. M., Morrison, A. P., Knight, A., & Lobban, F. (2008). Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 602–611. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0303-z>
- Kim, Y., Chang, J. S., Hwang, S., Yi, J. S., Cho, I. H., & Jung, H. Y. (2013). Psychometric properties of Peters et al. Delusions Inventory-21 in adolescence. *Psychiatry Research*, 207(3), 189–194. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.002>
- Larøi, F., Van Der Linden, M., DeFruyt, F., van Os, J., & Aleman, A. (2006). Associations between delusion proneness and personality structure in non-clinical participants: Comparison between young and elderly samples. *Psychopathology*, 39(5), 218–226. <http://doi.org/10.1159/000093922>
- Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 423–428. <http://doi.org/10.1007/s00127-006-0060-4>
- Lim, M. H., Gleeson, J. F., & Jackson, H. J. (2012). The Jumping-to-Conclusions Bias in New Religious Movements. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 868–875. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6eb4>
- Lim, M. H., Gleeson, J. F., Jackson, H. J., & Fernandez, K. C. (2014). Social relationships and quality of life moderate distress associated with delusional ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 97–107. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0738-3>
- Lincoln, T. M. (2007). Relevant dimensions of delusions: Continuing the continuum versus category debate. *Schizophrenia Research*, 93(1–3), 211–220. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2007.02.013>
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Lüllmann, E., Müller, M. J., & Rief, W. (2010). Can delusions be self-assessed? Concordance between self- and observer-rated delusions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178(2), 249–254. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.019>
- Linney, Y. M., Murray, R. M., Peters, E. R., MacDonald, A. M., Rijdsdijk, F., & Sham, P. C. (2003). A quantitative genetic analysis of schizotypal personality traits. *Psychological Medicine*, 33(5), 803–816. <http://doi.org/10.1017/S0033291703007906>
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133–1149. <http://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Lopes, B., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (n.d.). Study of the adaptation of the “General Paranoia Scale” by Fenigstein & Venable (1992) in two Portuguese samples (students and general population). *Psychologica*.
- López-Illundain, J. M., Pérez-Nievas, F., Otero, M., & Mata, I. (2006). Peter’s delusions inventory in spanish general population: internal reliability, factor structure and association with demographic variables (dimensionality of delusional ideation). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(2), 94–104.
- Lundberg, P., Cantor-Graae, E., Kabakyenga, J., Rukundo, G., & Östergren, P. O. (2004). Prevalence of delusional ideation in a district in southwestern Uganda. *Schizophrenia Research*, 71(1), 27–34. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2004.02.005>
- Lundberg, P., Cantor-Graae, E., Kahima, M., & Östergren, P. O. (2007). Delusional ideation and manic symptoms in potential future emigrants in Uganda. *Psychological Medicine*, 37(4), 505–512. <http://doi.org/10.1017/S0033291706009494>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 334–349.

<http://doi.org/10.1002/cpp.1766>

- McGrath, J., Welham, J., Scott, J., Varghese, D., Degenhardt, L., Hayatbakhsh, M., ... Najman, J. (2010). Association Between Cannabis Use and Psychosis-Related Outcomes Using Sibling Pair Analysis in a Cohort of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 440–447.
- Mohr, S., Borrás, L., Betrisey, C., Brandt, P. Y., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2010). Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry*, 73(2), 158–172. <http://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.2.158>
- Mok, L. S., Chen, H. Y., & Chan, R. C. (2004). Validation of Peters et al. Delusions Inventory (short-form) in chinese population. *Schizophrenia Research*, 67(1), 75.
- Mullen, R. (2003). Delusions: The continuum versus category debate. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 505–511. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01239.x>
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 475–485. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbq099>
- O'Donoghue, B., Fanning, F., Lyne, J., Renwick, L., Madigan, K., Kinsella, A., ... Clarke, M. (2015). Social class at birth and risk of psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 768–776. <http://doi.org/10.1177/0020764015581434>
- Oliver, J. E., McLachlan, K., Jose, P. E., & Peters, E. (2012). Predicting changes in delusional ideation: The role of mindfulness and negative schemas. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 243–259. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02025.x>
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: A Step-by-step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 10)* (1ª ed.). Crows Nest NSW: Allen & Unwin.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, E., Day, S., McKenna, J., & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83–96. <http://doi.org/10.1348/014466599162683>
- Peters, E. R., Joseph, S. A., Day, S., & Garety, P. A. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1005–1022. <http://doi.org/10.1037/t03329-000>
- Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). Measurement of Delusional Ideation in the Normal Population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 503–573. [http://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)95071-G](http://doi.org/10.1016/0920-9964(95)95071-G)
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2014). Differences between Depression and Paranoia: The Role of Emotional Memories, Shame and Subordination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 49–61. <http://doi.org/10.1002/cpp.1818>
- Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Mura, T., Manca, S., Siddi, S., ... Masala, C. (2007). The psychometric discriminative properties of the Peters et al Delusions Inventory: a receiver operating characteristic curve analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 62–69. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.05.003>
- Preti, A., & Vellante, M. (2007). Creativity and Psychopathology: Higher Rates of Psychosis Proneness and Nonright-Handedness Among Creative Artists Compared to Same Age and Gender Peers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 837–845. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181568180>

- Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Manca, S., Siddi, S., Mura, T., & Preti, A. (2008). Latent Class Analysis of Delusion-Proneess: Exploring the latent structure of the Peters et al. Delusions Inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(8), 620–629. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818132a3>
- Schlosser, D. A., Pearson, R., Perez, V. B., & Loewy, R. L. (2012). Environmental Risk and Protective Factors and Their Influence on the Emergence of Psychosis. *Adolescent Psychiatry (Hilversum)*, 2(2), 163–171. <http://doi.org/10.2174/2210676611202020163>
- Schürhoff, F., Szöke, A., Méary, A., Bellivier, F., Rouillon, F., Pauls, D., & Leboyer, M. (2003). Familial aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar pedigrees. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1313–1319. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1313>
- Scott, J. G., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O’Callaghan, M., ... McGrath, J. (2008). Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 230–237. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01214.x>
- Smith, L., Riley, S., & Peters, E. R. (2009). Schizotypy, delusional ideation and well-being in an American new religious movement population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(6), 479–484. <http://doi.org/10.1002/cpp.645>
- So, S. H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., ... Garety, P. A. (2012). Jumping to Conclusions, a Lack of Belief Flexibility and Delusional Conviction in Psychosis: A longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 129–139. <http://doi.org/10.1037/a0025297>
- Sousa, M., Barreto Carvalho, C., Motta, C., Cabral, J. M., Pereira, V., Caldeira, S. N., & Peixoto, E. B. (2015). Characterization and Predictors of Paranoid Ideation in Youths. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation*, 9(5), 1694–1701.
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 377–397. [http://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90023-L](http://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90023-L)
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and Delusions as points on continua function: Rating Scale Evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21(5), 581–586. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740230069010>
- Sweeney, S., Air, T., Zannettino, L., & Galletly, C. (2015). Psychosis, Socioeconomic Disadvantage, and Health Service Use in South Australia: Findings from the Second Australian National Survey of Psychosis. *Frontiers in Public Health*, 3, 259. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00259>
- van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White, I., & Murray, R. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological Medicine*, 29(3), 595–606. <http://doi.org/10.1017/S0033291798008162>
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1–2), 11–20. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00224-8](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00224-8)
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <http://doi.org/S0033291708003814> [pii]r10.1017/S0033291708003814
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

- Varghese, D., Scott, J. G., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., ... McGrath, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: A population-based survey in young adults. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 389–393. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbp083>
- Varghese, D., Wray, N. R., Scott, J. G., Williams, G. M., Najman, J. M., & McGrath, J. J. (2012). The heritability of delusional-like experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1), 48–52. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01905.x>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. C., Pereira, M. R., Gameiro, M., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., van Os, J., Salamon, R., & Bourgeois, M. L. (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine*, 28(1), 127–134. <http://doi.org/10.1017/S0033291797005667>
- Verdoux, H., & Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1–2), 59–65. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00352-8](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00352-8)
- Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1998). Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophrenia Research*, 29(3), 247–254. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00095-9](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00095-9)
- Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. L. (1999). Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: A follow-up study in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 462–468. [http://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90091-3](http://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90091-3)
- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., Cutting, J., Everitt, B., Garety, P., & Taylor, P. J. (1993). Acting on delusions. I: Prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 69–76. <http://doi.org/10.1192/bjp.163.1.69>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and Catego Program* (9^a ed.). London: Cambridge University Press.
- Yamasaki, S., Tanaka, S., Morimoto, S., Yamasue, H., Iwanami, A., & Tanno, Y. (2004). Reliability and validity of the Japanese version of PDI (Peters et al Delusion Inventory). *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 33, 911–918.